

TEST INIZIALE

1. Ha già sentito parlare del programma/metodo TEACCH? Sì No

2. Se sì, in quali occasioni?

3. Per chi pensa possa essere utile questo programma?

4. E' a conoscenza di altri programmi o metodi utilizzati nei confronti di bambini con disturbo dello spettro autistico? Sì No

5. Se sì quali? _____

6. Nella sua esperienza scolastica ha qualche bisogno/esigenza particolare di formazione che ritiene noi potremmo soddisfare in qualche modo?

TEST FINALE

7. E' riuscito/a a preparare del materiale secondo il programma/metodo TEACCH?

Sì No

8. Per fare che cosa?

Per chi pensa possa essere utile questo programma/metodo?

9. Pensa che il metodo Teacch sia efficace per lavorare con bambini con disturbo dello spettro autistico? Sì No

10. Se sì perchè?

11. Pensa che il metodo Teacch sia efficace anche per bambini con affetti da altre disabilità? Sì No

12. Se sì quali?
